

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Корнага С.І., П'ятночка І.Т., Тхорик Н.В., 2015  
УДК 616-002.5:615.28.015.8-084  
DOI

С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка, Н.В. Тхорик

## САНІТАРНО-ОСВІТНЯ ГРАМОТНІСТЬ ЛЮДЕЙ – ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ЧИННИКІВ ЗНИЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

*За останні п'ять років (2010-2014 рр.) значно по-  
частішали мультирезистентний туберкульоз серед  
вперше діагностованих хворих і рецидивів. Вони від-  
повідно зросли з 6,1 до 16,7 % і з 23,8 до 44,2 %. Кон-  
статовано низьку санітарно-освітню грамотність  
хворих на мультирезистентний туберкульоз легень,  
які перебували на стаціонарному лікуванні не менше  
2 міс. Результати анкетування показали слабку обізна-  
ність більшості пацієнтів з основних питань туберку-  
льозу, лише 38,8 % респондентів відповіли правильно  
на запитання. Найнижчу поінформованість відмічено  
у хворих сільської місцевості та чоловічої статі, від-  
повідно 49,4 і 47,7 %.*

**Ключові слова:** туберкульоз легень, мультире-  
зистентність, санітарно-освітня робота.

Туберкульоз є однією з найактуальніших соціально-  
політичних і медичних проблем у світі та в Україні зо-  
крема. Тому дуже важливо інформацію про причини  
захворювання, його профілактику і лікування, а також  
поведінку хворого в стаціонарі та в амбулаторних умовах  
всебічно доводити до широких мас населення і, зокрема,  
пацієнтів, хворих на туберкульоз. Ця недуга відома люд-  
ству з далекої давнини, з доісторичних часів. У всі віки  
туберкульоз «косив» людей, заганняючи їх передчасно  
у могилу. Найбільші спалахи туберкульозу відбувалися  
з певною природною циклічністю – 25-50 років. Надзви-  
чайно велика епідемія туберкульозу з високим рівнем  
летальності була в Європі у другій половині XIX століття,  
що привело до низки нових наукових відкриттів.

В 1995 р. епідемію туберкульозу зареєстровано  
в Україні. Ця епідемія має дві особливості: по-перше,  
спостерігається взаємозалежність швидкості розпо-  
всюдження туберкульозу від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу  
та поширення наркоманії, друга – високий рівень хіміо-  
залежних форм – первинної до 30 % та вторинної – до  
75 % у різних регіонах [1].

За даними ВООЗ, у світі майже 50 млн людей ін-  
фіковано резистентними до протитуберкульозних пре-

паратів штамами мікобактерій туберкульозу. Щорічно  
збільшується кількість нових випадків туберкульозу  
з первинною медикаментозною стійкістю [2]. Україна  
посідає друге місце в Європі за темпами зростання  
мультирезистентного туберкульозу та четверте у світі –  
за його поширеністю у вперше виявлених хворих. При  
резистентності збудника туберкульозу до протитуберку-  
льозних препаратів I ряду виживають за допомогою  
препаратів II ряду тільки 50 % хворих, 10 % – помирають,  
а у 40 % хворих туберкульоз набуває хронічного пере-  
бігу, при якому тривалість життя пацієнтів становить,  
у середньому, 2-5 років. При чутливості мікобактерій  
туберкульозу до антимікобактерійних препаратів ви-  
лікування сягає 95 % [3].

Хіміорезистентність є наслідком неправильного  
застосування протитуберкульозних препаратів (низькі  
دوزи, неконтрольоване лікування, перерви в лікуванні  
тощо). Через те вважається, що хіміорезистентність є  
проблемою, створеною лікарями та пацієнтами.

Поширення мультирезистентності мікобактерій  
туберкульозу небезпечно тим, що недуга переходить  
в категорію невиліковних, звичайно, якщо не будуть  
синтезовані нові ефективні протитуберкульозні пре-  
парати. За останні 40 років отримано новий препарат  
для лікування хворих на мультирезистентний туберку-  
льоз. Це бедаквілін, який впливає на життєдіяльність  
збудника шляхом пригнічення аденозинтрифосфат-  
синтетази (АТФ-синтетази) – фермент, який необхідний  
для енергозабезпечення клітин бактерії. Ефективність  
бедаквіліну – 57,6 %.

До слова, слід пам'ятати, що хворий на деструктив-  
ний туберкульоз легень може виділяти з мокротинням від  
15 млн до 7 млрд мікобактерій протягом доби, і про те,  
що найнебезпечніше повітряно-краплинне інфікування,  
передусім – пилова інфекція. Висохлі крапельки мокро-  
тиння на підлозі, різних предметах піднімаються в повітря  
у вигляді інфікованого пилу. Чим менші ці частинки, тим  
більша ймовірність, що вони через дихальні шляхи до-  
сягнуть альвеол, позбавлених місцевого захисту.

Лікування хворих на туберкульоз у теперішній час проводиться згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКМПД) «Туберкульоз» (2014) [4]. Стаціонарне лікування хворих триває до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння. Подальша терапія проводиться в амбулаторних умовах під «медичним» наглядом, що не є достатньо ефективним, оскільки загоєння порожнин розпаду відбувається лише у 63,1 % хворих на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень, а з деструктивними рецидивами – у 41,3 %. Решта неефективно пролікованих пацієнтів є мультирезистентними «хроніками» і становлять особливо небезпечну епідеміологічну загрозу [5]. З цього випливає, що на відміну від унітарної, слід дотримуватися більш гнучкої програми лікування, яка передбачає для різних контингентів хворих різні методи та організаційні форми. В цьому плані вже внесено деякі зміни до Унітарного клінічного протоколу за темою «Туберкульоз» [6]. Основною версією протоколу дозволено розпочинати лікування хворих на туберкульоз через 3-5 днів після проведення обстеження шляхом застосування молекулярно-генетичної діагностики та забезпечення лікування туберкульозу в амбулаторних умовах. На базі протитуберкульозного стаціонару чи санаторію можливо організовувати відділення паліативної допомоги для хворих на туберкульоз або хоспіс з метою цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної, соціальної, духовної та психологічної допомоги пацієнтам на хіміорезистентний туберкульоз. Під час фази продовження асоціальні хворі, одинаки чи безхатченки, якщо їм неможливо забезпечити контрольоване лікування амбулаторно, то вони можуть продовжити лікування у стаціонарі чи санаторії за соціальними показаннями. У вогнищах мультирезистентного туберкульозу хіміопрофілактика повинна проводитися не ізоніазидом, а хіміопрепаратами, до яких чутливість мікобактерії збережена у джерела інфекції.

Важливо акцентувати увагу на те, що виписка хворих з незагоєними порожнинами розпаду на амбулаторне лікування, зокрема паліативне, створює велику загрозу розповсюдження туберкульозної інфекції, передусім мультирезистентного туберкульозу, серед членів сім'ї, близького оточення і населення в цілому [7]. Смертність хворих у домашніх умовах повинна бути зведена до мінімуму. В Тернопільській області за 2013 р. вона становила 25,4 %. До слова, у США 75-85 % усіх смертей трапляються у лікарнях, тобто лікарі до останнього борються за життя людини, надаючи їм необхідну допомогу. В Україні приблизно стільки ж смертей відбуваються вдома – лікарська статистика не псується, але ж чи легше від того хворим [8]?

Надзвичайно важливою складовою протитуберкульозної роботи в теперішній час є санпросвітня робота серед хворих на туберкульоз, контактів і населення в цілому. Санпросвітня робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, проявів захворювання, лікування та профілактики. На жаль, санпросвітня робота проводиться на неналежному рівні, передусім індивідуальна, серед пацієнтів. З цього випливає і низька прихильність до лікування [7].

Мета роботи – з'ясувати рівень і підвищити санпросвітню грамотність, зокрема хворих на мультирезистентний туберкульоз.

### Матеріали і методи

Наведені результати бактеріологічних досліджень, чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактерійних препаратів (АМБП) I ряду, за 2010-2014 рр., результати лікування хворих на вперше виявлений туберкульоз і рецидиви, а також анкетування 70 пацієнтів на мультирезистентний туберкульоз легень з основних питань з цієї недуги.

### Результати досліджень та їх обговорення

Однією з надзвичайно важливих проблем нашого регіону є значне почастішання хіміорезистентного туберкульозу – як у хворих на вперше діагностований туберкульоз, так і рецидиви, зокрема на мультирезистентний туберкульоз. Це найнебезпечніша форма туберкульозу, при якій мікобактерії є стійкими до двох найефективніших протитуберкульозних препаратів: ізоніазиду та рифампіцину, а самі мікобактерії мають більшу вірулентність і набагато легше передаються від хворої людини до здорової. Такий туберкульоз вимагає обов'язкової госпіталізації та ізоляції хворого на строк від 18 до 24 міс., тобто лікування триває втричі довше, ніж звичайних форм туберкульозу, і потребує від держави значних коштів. Лікування є доволі токсичним для пацієнта та менш ефективним.

У таблиці 1 наведено частоту резистентності мікобактерій туберкульозу у хворих Тернопільської області (2010-2014 рр.) на вперше діагностований туберкульоз легень.

Як випливає з таблиці 1, хіміорезистентність до 4-х препаратів I ряду за останні 5 років значно зросла і, передусім, мультирезистентність – з 6,1 до 16,7 % ( $p < 0,05$ ). Це надзвичайно тривожна епідеміологічна ситуація, яка свідчить про те, що кожний 6-й вперше діагностований хворий на туберкульоз мультирезистентний. Причиною такої первинної резистентності є хворі на хронічні форми та рецидиви бактеріовиділювачі, які знаходяться поза стаціонаром і, переважно, не лікуються. Тому всі бактеріовиділювачі повинні знаходитися в стаціонарних умо-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

вах до стійкого припинення бактеріовиділення, підтвердженого не лише за результатами негативної мікроскопії, а і за негативним посівом мокротиння і, в переважній більшості, з ліквідацією порожнини розпаду.

Ще значно вища хіміорезистентність, зокрема мультирезистентність, констатована у хворих з рецидивами (табл. 2).

Таблиця 1

### Хіміорезистентність хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (%)

Рік		2010	2011	2012	2013	2014
Абс. число хворих		244	252	234	248	252
Стійкість до АМБП	H+R	6,1	5,6	12,4	10,9	16,7
	H	19,3	17,1	27,4	24,2	31,3
	R	8,6	7,1	15,8	13,3	19,8
	E	7,0	6,0	12,8	10,5	14,7
	S	27,0	32,5	22,2	21,4	31,0

Таблиця 2

### Хіміорезистентність хворих з рецидивами туберкульозу легень (%)

Рік		2010	2011	2012	2013	2014
Абс. число хворих		42	38	62	107	95
Стійкість до АМБП	H+R	23,8	28,9	33,9	34,6	44,2
	H	42,9	44,7	48,4	50,5	55,8
	R	26,2	34,2	38,7	38,3	47,4
	E	19,0	13,2	27,4	24,3	34,7
	S	35,7	44,7	51,6	49,5	53,7

З таблиці 2 видно, що за останні 5 років значно зросла хіміорезистентність мікобактерій туберкульозу у пацієнтів з рецидивами, в тому числі мультирезистентність. Ефективність лікування таких хворих доволі

низька. Більшість з них переходять у групу «хроніків» або помирають.

Результати лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень з різною чутливістю мікобактерій за 2010-2013 рр. наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

### Результати лікування хворих на туберкульоз легень з деструкцією

Тип випадків / Рік	К-сть хворих з деструкцією на початку лікування				К-сть хворих, у яких деструкція загоїлася			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Вперше виявлені хворі	242	235	219	180	147 60,7 %	154 65,5 %	153 69,9 %	123 68,3 %
Рецидиви	41	39	59	84	17 41,5 %	16 41,0 %	37 62,7 %	25 29,8 %

Загалом, в Україні ефективність лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (за 2010 р.) становить лише 29 %. До того ж, хворі з хіміорезистентним туберкульозом, яким призначено паліативне лікування без чітко врегульованого й достатнього соціального й медичного супроводу, взагалі залишаються поза увагою,

чим і зумовлюють неконтрольоване поширення збудника туберкульозу [9]. Серед причин низької ефективності лікування хворих на туберкульоз, зокрема мультирезистентний, найважливішою є низька прихильність їх до лікування. А це зумовлено незадовільною санітарною грамотністю населення і хворих зокрема.

Результати анкетування 70 пацієнтів на хіміорезистентний туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні понад 2 міс., показали дуже слабку обізнаність з туберкульозом. Лише 38,8 % респондентів відповіли правильно на запитання. Найнижча поінформованість з питань туберкульозу констатована у хворих сільської місцевості та чоловічої статі, відповідно 49,4 і 47,7 %. Це надзвичайно негативно відображається на епідеміології та результатах лікування особливо небезпечної форми – мультирезистентного туберкульозу.

Без значного покращення обізнаності хворих щодо питань боротьби з туберкульозом очікувати позитивних результатів буде неможливо. Це святий обов'язок, у першу чергу фтизіатрів, щодо покращення санітарно-освітніх знань серед хворих, як і населення загалом. На запитання, передусім з якого джерела хворі на мультирезистентний туберкульоз хотіли б отримувати інформацію про туберкульоз, більшість (55,7 %) з них відповіли, що безпосередньо від свого лікуючого лікаря. Отож, основна відповідальність за проведення санітарно-освітньої роботи лежить на фтизіатрах. До того ж, лікар-фтизіатр повинен бути, до певної міри, і психологом. Настав час проводити спеціальні курси по психології фтизіатрів, оскільки, не в образі, звичайні психологи не мають належного життєвого досвіду в боротьбі з туберкульозом і вони не спроможні прищепити глибоку прихильність, зокрема, до тривалого лікування. Крім цього, слід залучати до проведення санпросвітньої роботи, бесід і субординаторів та інтернів у палатах хворих, зокрема, на мультирезистентний туберкульоз. Поряд з тим, потрібно значно ширше і активніше використовувати й інші традиційні форми санпросвітньої роботи.

У хворих з низькою прихильністю до лікування, недисциплінованих, шляхом проведення індивідуальної, продуманої, наполегливої та доброзичливої роботи можна значно покращити прихильність до лікування та дотримання санітарно-гігієнічних норм. Адже хворий активно лікується, виконує всі настанови лише у того лікаря, кому довіряє. З ним пацієнт підтримуватиме зв'язки, радитиметься навіть після одужання. Там, де добре налагоджена індивідуальна психологічна робота з хворими, встановлено доброзичливий контакт, лікування відбувається у сприятливій атмосфері та з позитивним наслідком. Суворі дисциплінарні заходи, погрози, грубі, травмуючі вислови і висновки не завжди приводять до належних позитивних результатів. Отож, важливою складовою протитуберкульозної роботи є санпросвітня робота серед хворих на туберкульоз, контактів і населення в

цілому. Санітарно-просвітня робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні, передусім лікарями-фтизіатрами, властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, проявів захворювання, методів лікування, профілактики і, загалом, здорового способу життя людини.

### Висновки

1. За останні п'ять років (2010-2014 рр.) констатовано значне почастищення мультирезистентного туберкульозу серед вперше діагностованих хворих і рецидивів, відповідно з 6,1 до 16,7 % і з 23,8 до 44,2 %.

2. Різке зростання кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз легень зумовлено, певною мірою, зарегламентованими організаційними формами боротьби з туберкульозом і низькою прихильністю до лікування хворих внаслідок недостатньої санітарної грамотності пацієнтів.

3. Результати анкетування 70 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень засвідчили слабку орієнтацію їх з основних питань туберкульозу, лише 38,8 % респондентів правильно відповіли на запитання. Найнижча поінформованість констатована у хворих сільської місцевості та чоловічої статі, відповідно у 49,4 і 47,7 %.

### Література

1. Мельник В.М. Історія виникнення і розвитку хіміорезистентного туберкульозу / В.М. Мельник, А.М. Приходько, Л.В. Ареф'єва // Укр. пульмонолог. журн. – 2012. – № 2. – С. 59-61.
2. Тодоріко Л.Д. Особливості епідемії та патогенезу хіміорезистентного туберкульозу на сучасному етапі / Л.Д. Тодоріко // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2011. – № 4. – С. 38-41.
3. Черенько С.О. Проблема хіміорезистентного туберкульозу / С.О. Черенько [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tubrezist.htm>.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. – 2014. – 179 с.
5. П'ятночка І.Т. Про рецидиви туберкульозу легень / І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Н.В. Тхорик // Вісник наукових досліджень. – 2014. – № 2. – С. 53-54.
6. Організація виявлення та лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз: методичні рекомендації. – Київ, 2014.
7. П'ятночка І.Т. Шляхи зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу з погляду фтизіоепідеміології / І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Н.В. Тхорик // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 67-71.
8. Петренко В.І. До міжнародного дня боротьби з туберкульозом: «Охопити три мільйони: виявити, лікувати, вилікувати туберкульоз» / В.І. Петренко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2014. – № 1. – С. 5-7.
9. Писаренко Ігор. Локомотив чи дзеркало української медицини? / Ігор Писаренко // Медична газети України. Ваше здоров'я. – 2013. – № 49-50. – С. 12-13.

## SANITARY-EDUCATION OF PEOPLE – REDUCE THE SPREAD OF MULTI- RESISTANT TUBERCULOSIS AS IMPORTANT FACTORS

S.I. Kornaha, I.T. Pyatnochka, N.V. Tkhoryk

**SUMMARY.** For the last five years (2010-2014) multi-resistant tuberculosis among the first diagnosed patients and relapses became more frequent considerably. MDR accordingly grew from 6,1 % to 16,7 % and from 23,8 % to 44,2 %. It notes that low health literacy and academic

patients with MDR tuberculosis who were hospitalized for at least 2 months. The results of questionnaire showed a weak awareness to most patients on basic questions of tuberculosis, only 38,8 % respondents answered a question correctly. Most subzero being informed it is marked for the patients of rural locality and sex of men, according to 49,4 % and 47,7 %.

**Key words:** tuberculosis, multi-resistant (MRD), sanitary-educational work.

Отримано 19.10.2015 р.